

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przeprowadzenie w uzasadnionych przypadkach przeglądu higieny osobistej, w tym kontrolę czystości skóry głowy mojego dziecka.

.....
Imię i nazwisko dziecka

ucznia Szkoły Podstawowej w Pawłokomie przez pielęgniarkę szkolną. Zgoda obowiązuje na cały okres nauki w szkole. W razie zmiany decyzji prosimy o kontakt. Wyniki kontroli będą podane wyłącznie do wiadomości rodzica / opiekuna

* - niepotrzebne skreślić

.....
Podpis rodzica / opiekuna